

## SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Nomor KTP/Paspor :  
Alamat :

Selaku Pemegang Polis/ Tertanggung/ Penerima Manfaat\* (\**coret yang tidak perlu*).

Untuk selanjutnya disebut sebagai "**Pemberi Kuasa**", dengan ini memberikan kuasa kepada:

Perusahaan : PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia  
Nama :  
Jabatan :

Selanjutnya disebut sebagai "**Penerima Kuasa**".

## KHUSUS

Untuk mendapatkan segala keterangan/catatan dari Rumah Sakit, Laboratorium, Klinik, Puskesmas, Dokter, perusahaan asuransi, instansi pemerintah, organisasi dan/atau pihak manapun sehubungan dengan diri Tertanggung/Peserta, termasuk namun tidak terbatas pada catatan medis dan/atau diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Tertanggung/Peserta, dalam rangka proses klaim asuransi rawat inap dan/atau rawat jalan dan/atau meninggal pada PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku atas nama Tertanggung/Peserta sebagai berikut:

No. Polis: :  
Nama :  
Tertanggung /  
Peserta:

## POWER OF ATTORNEY

The undersigned:

Name :  
RIC Number / Passport :  
Address :

As a Policyholder/ Insured/Beneficiary\* (\**delete as inappropriate*).

Hereinafter referred to as "**Principal**", hereby appoints and authorizes:

Company : PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia  
Name :  
:

Hereinafter referred to as "**Agent**".

## SPECIFICALLY

To obtain all information/records necessary from Hospital, Laboratory, Clinic, Community Health Center, Medical Physician, Insurance Company, Governmental Agencies, entities and/or others relating to the Insured/Participant, including not limited to medical records and/or diagnosis and/or services provided to the Insured/Participant with regard to insurance claim for inpatient and/or outpatient treatment and/or death with PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia in accordance with the insurance policy of the Insured/Participant below:

Policy Number :  
Insured/Participant's :  
Name

Surat Kuasa ini diberikan dan ditandatangani untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, dan akan berakhir secara otomatis pada saat proses klaim rawat inap dan/atau rawat jalan dan/atau meninggal selesai dilakukan, tanpa membutuhkan pembatalan dalam bentuk apapun. Surat Kuasa ini diberikan dengan hak substitusi.

This power of attorney is made and executed for purposes as intended and will automatically terminate upon settlement of claim for inpatient and/or outpatient treatment /or death, without cancellation or revocation in any manner whatsoever. This power of attorney is given with the right of substitution.

Pemberi Kuasa/ Principal,

Jakarta, (dd/mm/yy)  
Penerima Kuasa/ Agent,

*Materai Rp. 6.000*

( )

(\_\_\_\_\_  
Claim Department  
PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia

Catatan/ Note :

- Pemberi Kuasa wajib melampirkan fotokopi identitas yang masih berlaku dan Kartu Keluarga/  
*Principal must enclose photocopy of valid identity card and family registration card.*